

Dr inż. Elżbieta Hibner
Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

USTRÓJ OCHRONY ZDROWIA – PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA STRUKTURALNE

Streszczenie

W artykule opisano skutki reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce w ostatnich latach oraz oczekiwania społeczne wynikające z mankamentów kolejnych reform. Analiza tych oczekiwań oraz porównanie z doświadczeniami organizacji ochrony zdrowia w krajach europejskich prowadzi do wniosku, że w Polsce należy wypracować nowe, własne rozwiązania. Na poziomie centrum państwa i rządu powinien zostać wypracowany model rządzenia i odpowiedzialności za zdrowie obywateli (polityka zdrowotna), przy czym sektor usług medycznych jest jednym ze składników tego modelu. Ważnym elementem proponowanej struktury jest polityka zdrowotna prowadzona na poziomie regionalnym w koordynacji ze strategią rozwoju regionalnego, choć odpowiedzialność za zdrowie obywateli powinna być ustawowo określona także na lokalnych szczeblach władzy publicznej. Ważnym elementem porządkowania systemu jest utworzenie Krajowej Sieci Szpitali i Regionalnych Sieci Szpitali. Wyrównywanie dostępu do wykwalifikowanych kadr medycznych wymaga zmiany sposobu finansowania ich kształcenia. Zadania planistyczne i organizacyjne oraz prowadzenie skutecznej polityki w zakresie ochrony zdrowia wymagają wdrożenia Rejestru Usług Medycznych i gromadzenia danych na różnych szczeblach władzy w państwie.

Summary

The Polity of Health Care – Basic Structural Assumes

The effects of health care service reforms in Poland in the last few years has been described in the article. The expectation concerning reforms in the Polish society are presented. The analysis of these effects and the comparison of different health care system organizations in several European countries show us, that we have to work out our own original Polish model. On the state level we have to implement solutions of governance and responsibility for citizens' health (health policy). At the same time we have to bare in mind that health service sector is only one element of the system. The regional health policy is one of the most important elements and it can be connected with the regional development strategy, although the responsibility for the health problems ought to be divided also on the local levels. Country Hospital Net and Regional Hospital Nets are essential to make order in the system. The finance me-

chanism supporting medical staff education have to be changed to equalize the availability of high educated specialists. The Medical Service Register must be organized to collect information on the several levels of the state to deal with effective health policy.

I. Mankamenty systemu „po dwóch reformach” – potrzeba debaty

Niezależnie od powszechnej krytyki kas chorych przed ich wprowadzeniem do systemu i w trakcie ich funkcjonowania, ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, uchwalona w 1997 r., a wprowadzona w życie ze znacznymi modyfikacjami 1 stycznia 1999 r., stworzyła solidne podstawy do dalszej debaty o docelowym modelu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Reforma z 1999 r. miała charakter fundamentalny.

Sposób finansowania ochrony zdrowia poprzez zawieranie kontraktów na świadczenie usług medycznych wydaje się niekwestionowany. Mechanizmu tego nie zmieniło również powstanie Narodowego Funduszu Zdrowia. Na tej jednej kwestii, choć zasadniczej, kończy się umowa społeczna, zgoda ponad podziałami i skłonność do kompromisu większości ekspertów. Co do dalszych kroków nie ma koncepcji akceptowanej społecznie, politycznie i środowiskowo, nie ma też modelu, do którego system ochrony zdrowia w Polsce powinien się stopniowo zbliżać.

Reforma z 1999 r. po raz pierwszy po stronie płatnika wprowadziła rachunek ekonomiczny w miejsce zasady wykonywania przydzielonego budżetu. Finansowanie przedmiotowe (kontraktowanie usług) w miejsce podmiotowego (budżetowanie zewnętrzne zakładu) wymusiło liczenie kosztów, począwszy od kosztu pojedynczej, prostej usługi poprzez koszty całego zakładu aż do kosztów systemu. Niestety działań tych nie udało się przeprowadzić konsekwentnie do końca.

Po dwóch reformach systemu ochrony zdrowia wprowadzonych w krótkim czasie (1999 – kasy chorych, 2003 – likwidacja kas chorych i wprowadzenie Narodowego Funduszu Zdrowia) jest już wystarczająco duży materiał badawczy i obserwacyjny, aby przy planowaniu następnych kroków w modelowaniu systemu nie opierać się na mitach i hasłach wyborczych, lecz na rzetelnej wiedzy i analizie porównawczej. Polska nie pierwsza i nie ostatnia reformuje swój system ochrony zdrowia. Czynią to praktycznie wszystkie państwa w sposób permanentny, przy czym większe zmiany nazywa się reformą, a mniejsze – ich korektą.

Przed każdą większą zmianą pojawiają się słowa lub hasła „klucze”, mające uzasadnić jej wprowadzenie. Żyją one potem własnym życiem, na ogół rzadko konfrontuje się je z rzeczywistością po zmianie, wychodzą one z obiegu i zostają zapomniane, aż do pojawienia się planu wprowadzenia kolejnej korekty.

Zapowiedzi zmian można podzielić na dwie grupy:

- obietnice o charakterze propagandowym i wymiarze jakościowym, typu: „nastąpi odpolitycznienie systemu”, „poprawi się dostępność usług”, „będą lepiej zagwarantowane prawa pacjenta”, „zmieni się na korzyść stosunek personelu do podopiecznych i pacjentów”, „poprawi się jakość usług” itp.,
- obietnice, do których można zastosować zapożyczone określenie iluzji fiskalnych¹, typu: „będzie więcej pieniędzy”, „pieniądz pójdzie za pacjentem”, „pieniądze będą sprawiedliwiej dzielone”, „poprawią się zarobki w służbie zdrowia” itp.

Każdy z wymienionych postulatów jest tylko częściowo słuszny i częściowo wykonalny, natomiast zapowiedź zmian nie jest na ogół uzasadniana rzeczywistą koniecznością opanowania, zahamowania i ustabilizowania lawinowo rosnących kosztów, bowiem prawda o systemach ochrony zdrowia jest niepopularna politycznie i trudno akceptowalna społecznie.

Wobec powyższego warto część obiegowych mitów skonfrontować z doświadczeniami krajów europejskich, które dostarczają bogatej wiedzy o praktycznych rezultatach rozmaitych rozwiązań organizacyjnych i finansowych.

1. Odpolitycznienie systemu ochrony zdrowia – nie będzie możliwe tak długo, jak długo będzie on zasilany ze środków publicznych, bowiem dysponenci tych środków są desygnowani w wyniku wyborów politycznych. Realnie można postulować tylko zdążanie do równowagi politycznej przy podejmowaniu decyzji oraz większe uwzględnienie czynnika merytorycznego przy prowadzeniu polityki ochrony zdrowia. Obecnie w Polsce jest to postulat niesłyszanie trudny do spełnienia, o czym może świadczyć słynna „wrzutka poselska”, wskutek której odebrano podatnikom 0,5% ich dochodów z przeznaczeniem na ochronę zdrowia, jedynie na podstawie populistycznego argumentu: „bo w systemie jest za mało pieniędzy”.

2. Poprawa dostępności usług medycznych – to proces wieloletni, na co wskazują doświadczenia krajów europejskich, a także fiasko ich polityki w tym zakresie. Przykładem trwałej nierówności w dostępie do usług medycznych mogą być takie kraje, jak Włochy (Północ–Południe) czy Grecja (miasto–wieś). Wydaje się, że zniwelowanie rażących różnic dostępności można stopniowo osiągać w wyniku mądrej, konsekwentnej polityki regionalnej, na co wskazują dokumenty opracowane w polskich województwach, związane ze strategią rozwoju regionalnego oraz restrukturyzacją w zakładach opieki zdrowotnej.

3. Lepiej zagwarantowane prawa pacjenta – to postulat wymagający poważnych zmian systemowych i mentalnych. Pacjenci–konsumenci muszą chcieć poznać swoje prawa, zanim dotknie ich choroba, oraz mieć wolę i umiejętność ich egzekwowania. W tym celu musi w Polsce lepiej rozwinąć się ruch konsumencki. Egzekucja praw pacjenta będzie możliwa pod dwoma warunkami: powstania czytelnych gwarancji ustawowych dla tych praw oraz sprawnego są-

¹ J.M. Buchanan, *Finanse publiczne w warunkach demokracji*, przekład E. Balcerek, Fundacja Edukacyjna Przedsiębiorczości, PWN, Warszawa 1997, s. 26.

downictwa orzekającego bez zbędnej zwłoki w sprawach dotyczących naruszenia praw pacjenta. Tak jak w przypadku innych produktów i usług, do poprawy sytuacji może przyczynić się prywatyzacja usług medycznych.

4. Poprawa jakości usług medycznych – z czym wiąże się ściśle poprawa stosunku personelu zakładów opieki zdrowotnej do pacjentów, nie jest możliwa do osiągnięcia wyłącznie w drodze nakazów administracyjnych. Muszą zostać uruchomione mechanizmy motywacyjne w postaci rozwoju rynku usług z wmontowanym silnie mechanizmem konkurencji. Jest to możliwe poprzez prywatyzację i zagrożenie upadłością tych zakładów, które nie wykonują wystarczającej ilości usług dobrej jakości, pozwalającej utrzymać się na rynku. Nadzór administracyjny w tym obszarze musi bezwzględnie egzekwować standardy techniczne i sanitarne, których uporczywe niedotrzymywanie powinno skutkować zakazem prowadzenia działalności

5. W systemie będzie więcej pieniędzy – tylko jeśli zostaną uruchomione dodatkowe źródła jego zasilania: dodatkowe ubezpieczenia prywatne pokrywające koszty związane z usługami spoza „gwarantowanego koszyka”, budżety samorządów terytorialnych i budżet państwa na inwestycje i modernizację infrastruktury, zgodnie z przemyślaną i zaplanowaną wcześniej polityką inwestycyjną, dopłaty do usług z kieszeni pacjenta, bowiem współpłatność jest w wielu krajach mechanizmem regulującym (ograniczającym) popyt na usługi, i wreszcie likwidacja szarej strefy poprzez legalne wprowadzenie do systemu usług w całości opłacanych prywatnie przez pacjentów.

6. Pieniądz „pójdzie za pacjentem” – ten postulat nie jest w pełni realizowany w żadnym z krajów, przeciwnie – często w podstawowej opiece zdrowotnej występuje rejonizacja (np. Holandia, Portugalia, Niemcy) i choć pacjent ma teoretycznie wybór lekarza, to w praktyce najczęściej korzysta z opieki praktykującego w danym rejonie. W wielu systemach lekarz pierwszego kontaktu pełni rolę „bramkarza”, co znacznie ogranicza swobodę poruszania się pacjenta po systemie. Swobodny dostęp do usług medycznych świadczonych w ramach ubezpieczenia (a w ślad za tym „wędrowka pieniądza za pacjentem”), tam gdzie występuje, albo jest związany z koniecznością opłacenia usługi przez pacjenta, a następnie usługa jest refundowana (Francja), albo generuje bardzo wysokie koszty i promuje wzrost popytu na usługi (Belgia). Na żadne z tych rozwiązań nie stać biednego kraju.

7. Pieniądze będą sprawiedliwiej dzielone – jest to deklaracja zawsze życzliwie przyjmowana przez opinię publiczną, pod warunkiem wszak, że towarzyszy jej definicja, co oznacza w tym przypadku przysłówki „sprawiedliwie”. Jedni rozwiązują to, jak np. w Irlandii, dzieląc populację na dwie kategorie: niżej zarabiających o większych uprawnieniach do bezpłatnych świadczeń (35% populacji) i resztę, która musi płacić za większość usług lub ubezpieczyć się dodatkowo (65% populacji). Można też „sprawiedliwie” rozumieć jako „równo”, wówczas terytorialny podział środków publicznych powinien dokonywać się na głowę mieszkańca, jak to czyni się np. we Włoszech.

8. Poprawią się zarobki w służbie zdrowia – to najbardziej oczekiwany postulat – zarówno przez personel medyczny, jak i pacjentów – który wiąże się z ich przekonaniem, że poprawa zarobków automatycznie wpłynie na poprawę jakości świadczonych usług. W świetle argumentów przedstawionych wyżej jest on możliwy do spełnienia albo poprzez redukcję zatrudnienia, albo przez uruchomienie dodatkowych źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia.

Analiza systemów opieki zdrowotnej w krajach europejskich nie pozwala na jednoznaczną ocenę z punktu widzenia ich „dobroci”. Systemy te kształtowały się przez wiele lat w różnych uwarunkowaniach historycznych i okolicznościach społeczno-gospodarczych, z niemalym wpływem czynników politycznych. Nie jest więc możliwy wybór jednego z istniejących modeli i przeniesienie go na grunt polski. Nie istnieje także żaden teoretyczny „model idealny”, którego wdrożenie można by zalecać z pełną odpowiedzialnością. Występuje co prawda, pokusa, aby w obliczu katastrofalnego stanu systemu ochrony zdrowia w Polsce zacząć budować na gruzach „coś nowego” i „od zera”. Podobne postulaty mają jednak charakter utopijny, bowiem polski system ochrony zdrowia i jego reformowanie mają swoją wieloletnią historię. Początków regulowania służby zdrowia można poszukiwać już w ustawie z 1939 r.² Także model Siemaszki ma swoją PRL-owską bogatą przeszłość, a liczne próby reformowania ochrony zdrowia w III Rzeczypospolitej zostały również obszernie udokumentowane³.

Kraje europejskie, niezależnie od wybranego modelu i praktykowanych rozwiązań, mają podobne problemy, głównie natury ekonomicznej. Starają się jednak na forum Unii Europejskiej znajdować w tym obszarze wspólne cele i wartości. Warto w tym miejscu o nich przypomnieć. Tak więc systemy ochrony zdrowia powinny być wyposażone w następujące cechy:

- system wartości oparty na solidaryzmie, niezależnie od ryzyka zdrowotnego i od wysokości dochodów,
- jakość (szkolenia, licencjonowanie, zalecenia etyczne, ochrona konsumenta),
- efektywność kosztowa (ograniczenia podaży, nadzór, kontraktowanie),
- równość (dostępność, finansowanie, dystrybucja),
- odpowiedzialność,
- samoregulacja, uczestnictwo.

W latach dziewięćdziesiątych dojrzał i rozwijał się w systemach ochrony zdrowia nowy paradygmat, związany z wprowadzeniem rynku wewnętrznego. Rynek ten, wbudowany w system publiczny, miał pobudzić konkurencyjność, a tym samym przyczynić się do poprawy efektywności systemu. Koncepcja ta stała się źródłem inspiracji dla wielu zmian wprowadzanych do systemów krajów europejskich, a także dla reform wdrażanych w Polsce. Jednak decyzje

² Ustawa z 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia, Dz.U. Nr 54, poz. 342, Warszawa 23 czerwca 1939 r.

³ C.W. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998.

podjęte w Wielkiej Brytanii, Szwecji i Nowej Zelandii wskazują⁴, że nowy paradygmat nie znalazł akceptacji społecznej.

Nowe koncepcje przeciwstawiają model rozwoju konkurencyjności jako czynnika wzmacniającego efektywność budowania modeli uwzględniających świadome kształtowanie mechanizmów współdziałania. Koncepcje te znajdują także wielu zwolenników w Stanach Zjednoczonych⁵.

Można przewidywać, że w najbliższych latach problem rosnących kosztów i efektywności systemów zdominuje inne kwestie, a żaden z obowiązujących modeli nie uzyska miana idealnego. Różne rozwiązania oraz ich modyfikacje będą miały równoprawne miejsce w kształtowaniu systemów ochrony zdrowia w Polsce, Europie i na świecie.

2. Rozwiązania ustrojowe na poziomie centrum

Po wprowadzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia w miejsce zlikwidowanych kas chorych polski system ochrony zdrowia należy do najbardziej scentralizowanych w Europie. Wprowadzono jedynie pozory rozdzielenia kompetencji na szczeblu centralnym, powierzając nadzór nad Funduszem premierowi, ale jest to zabieg czysto formalny, bowiem premier praktycznie nie dysponuje aparatem administracyjnym służącym do wykonywania tego typu zadań.

Utarła się także zła praktyka, mająca swoje korzenie jeszcze w PRL-u, że funkcje ministra zdrowia powierza się lekarzowi, nie politykowi. Jedynym chlubnym wyjątkiem pozostaje, jak dotąd, krótki okres w kadencji rządu premiera Jerzego Buzka, kiedy funkcję ministra zdrowia pełniła Franciszka Cegielska.

Narodowy Fundusz Zdrowia, główny płatnik, gromadzący środki finansowe rzędu 0,3% PKB, był przez długi czas zarządzany przez lekarzy. Tak więc centralna administracja rządowa wpływająca na kształt systemu oraz wielkość i sposób rozdziału środków finansowych na ochronę zdrowia jest zdominowana przez reprezentantów opcji zawodowej, która jest jednym z silniejszych interesariuszy systemu. Lekarz delegowany do pracy w administracji rządowej, zachowujący prawo wykonywania zawodu, pozostaje w głębokim konflikcie interesów, gdy naprawa systemu wymaga podejmowania decyzji, które nie są zbieżne z interesami zawodu lekarza. Ma to szczególne znaczenie w takim państwie, jak Polska, gdzie instytucje społeczeństwa obywatelskiego są jeszcze relatywnie słabe, nie istnieje ogólnopolska reprezentacja pacjentów, a menadżerowie w ochronie zdrowia to na ogół lekarze po studium podyplomowym z zarządzania.

Lekarz – minister zdrowia, postawiony w obliczu konieczności dokonywania zmian, ma przeciw sobie silny samorząd zawodowy, którego jest członkiem

⁴ C.W. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne, Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

⁵ S. Kumar, Ch. Chandra, *A healthy change*, IIE Solutions nr 33, Norcross 2001, s. 28–33.

z mocy ustawy, oraz liczną rzeszę związków zawodowych działającą w sektorze zdrowia. Dodając do tego najgłośniejsze protesty organizowane przez środowisko pielęgniarek (grupa zawodowa najbardziej poszkodowaną w wyniku reform systemu), można uznać, że polski system ochrony zdrowia kształtuje się w wyniku gry interesów wewnątrz podsystemu „służby zdrowia”.

Na podkreślenie zasługuje także fakt, iż środowisko zawodów medycznych nie jest jednolite. Inaczej kształtują się interesy osób wykonujących ten zawód wyłącznie w formie prywatnej praktyki (lekarze rodzinni), inaczej osób zatrudnionych w sektorze publicznym, a jeszcze inaczej elity wysokich specjalistów, łączących zatrudnienie w szpitalu klinicznym, uczelni medycznej z prywatną praktyką. Osobną, kształtującą się od niedawna grupą interesów są właściciele i pracownicy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym w szczególności prywatnych szpitali.

Analiza struktur władzy centralnej wyraźnie wskazuje na niesymetryczną reprezentację wyżej wymienionych grup interesów.

Na powracające pytanie o sens istnienia Ministerstwa Zdrowia można poszukiwać odpowiedzi w ustawie z 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej, która wprowadza listę tych działów. Ustawa ta znosi status ministerstw obowiązujący jeszcze w Polsce od 1918 r. Na podstawie listy działów administracji rządowej premier ma określać zakres odpowiedzialności ministrów tworzących rząd. Odpowiednikiem tej listy w organizacji ministerstw są departamenty merytoryczne (lub grupy departamentów), z których elastycznie, aktem Rady Ministrów, mogą być tworzone ministerstwa obsługujące poszczególnych ministrów. Ministerstwa umożliwiają ministrom wykonywanie zadań w sferze polityki i sprawowania nadzoru nad urzędami centralnymi przydzielonymi im do zakresu ich politycznej odpowiedzialności⁶.

Rozdział politycznego aparatu ministra (w postaci jego gabinetu) i aparatu administracyjnego (ministerstwa) oznacza, że powołanie ministra wiąże się zawsze jedynie z powołaniem jego gabinetu, natomiast wcale nie musi oznaczać tworzenia dla niego osobnej struktury administracyjnej w postaci ministerstwa.

W ten sposób minister właściwy do spraw zdrowia może funkcjonować bez Ministerstwa Zdrowia, mając do dyspozycji inne instytucje centralne i ciała doradcze.

Zaplecze merytoryczne ministra odpowiedzialnego za sprawy zdrowia powinna stanowić jednostka badawczo-rozwojowa, która mogłaby przykładowo nosić nazwę Instytutu Zdrowia Publicznego. O potrzebie powołania tego typu instytucji pisze C.W. Włodarczyk⁷:

„W dynamice procesu politycznego szczególna rola przypada środowiskom badawczym i eksperckim. Rola ta ma swoje dwa główne aspekty. Z jednej strony środowiska te tworzą pojęcia, za pomocą których opisywana jest rzeczywistość sektora zdrowotnego. Bez nich żadna z grup społecznych nie jest w stanie ani dostatecznie precyzyjnie wyrazić

⁶ H. Izdebski, M. Kulesza, *Administracja publiczna, zagadnienia ogólne*, LIBER, Warszawa 1998.

⁷ C.W. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej...*, s. 372–373.

swoich racji, ani zdefiniować swoich interesów. Te same pojęcia służą do stawiania diagnozy sytuacji, która jest – czy raczej powinna być – punktem wyjścia procesu reformatorskiego. Z drugiej strony, eksperci powinni dostarczać narzędzi, za pomocą których można rozwiązywać problemy, uznane w diagnozie za ważne”

W dalszej części rozważań autor przypomina, że mimo wielu prób podejmowanych zarówno przez środowiska akademickie, jak i przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, nigdy nie udało się osiągnąć bardziej systematycznej współpracy.

Sprawy zdrowia związane są z odpowiedzialnością wielu ministrów, a w reformowaniu systemu uczestniczy wiele struktur władzy publicznej na różnych szczeblach. Nie jest więc celowe, aby na poziomie rządu kierunki polityki zdrowotnej wynikały z osobistych przekonań jednego ministra. Propozycje rozwiązań organizacyjnych w tej kwestii zostały zawarte w projektach ustaw opracowanych w Ministerstwie Zdrowia w latach 1999–2000.

W projekcie *Ustawy o ustroju ochrony zdrowia*⁸, w rozdziale I: *Zadania władz publicznych*, określa się w artykule 4 podmioty odpowiedzialne za ochronę zdrowia:

- „1. Zadania władz publicznych z zakresu ochrony zdrowia realizują w szczególności:
 - a) rząd i administracja rządowa,
 - b) organy jednostek samorządu terytorialnego,
 - c) instytucje powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
 - d) organy samorządów głównych zawodów medycznych.
2. Organy administracji rządowej i organy jednostek samorządu terytorialnego mogą zlecać osobom fizycznym i prawnym zadania z zakresu ochrony zdrowia na zasadach ogólnych”.

Wspomniany projekt ustawy tworzy Radę Zdrowia Publicznego jako organ opiniodawczo-doradczy prezesa Rady Ministrów w sprawach zachowania warunków do ochrony zdrowia. Radzie Zdrowia Publicznego w projekcie powierza się następujące zadania:

- 1) wyrażanie opinii w sprawach ochrony zdrowia przedstawianych jej przez prezesa Rady Ministrów oraz z własnej inicjatywy,
- 2) opiniowanie projektu ustawy budżetowej w części dotyczącej ochrony zdrowia oraz wyrażanie opinii o corocznym wykonaniu budżetu w tym zakresie,
- 3) opiniowanie projektów ustaw i aktów wykonawczych dotyczących ochrony zdrowia,
- 4) opiniowanie rządowych programów polityki zdrowotnej.

Autorzy projektu uznali, że sprawy wiążące się ze zdrowiem publicznym obejmują zagadnienia z wielu obszarów odpowiedzialności Rady Ministrów, stąd usytuowanie Rady przy premierze. Ministrowi zdrowia pozostawiono w tej koncepcji odpowiedzialność za szeroko rozumiany sektor usług medycznych.

⁸ *Ustawa o ustroju ochrony zdrowia*, projekt z 19 lipca 2000, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa lipiec 2000.

3. Regionalna polityka zdrowotna

3.1. Charakterystyka województw

Po reformie administracji publicznej, wprowadzonej równoległe z powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, na obszarze Polski wyodrębniono 16 regionalnych jednostek podziału terytorialnego, którym jednocześnie nadano podmiotowość, wyposażając w uprawnienia jednostek samorządu terytorialnego i zadania określone ustawowo⁹. Z punktu widzenia liczby ludności 16 polskich województw można pogrupować następująco:

- jednostki około 5-milionowe – mazowieckie, śląskie,
- jednostki około 3-milionowe – wielkopolskie, małopolskie, dolnośląskie, łódzkie,
- jednostki około 2-milionowe – lubelskie, pomorskie, podkarpackie, kujawsko-pomorskie, zachodniopomorskie,
- jednostki około 1-milionowe – warmińsko-mazurskie, świętokrzyskie, podlaskie, opolskie, lubelskie.

Województwo największe (mazowieckie) ma pięciokrotnie wyższą liczbę mieszkańców w stosunku do najmniejszego, a dwa największe województwa (mazowieckie i śląskie) mają łączną liczbę ludności przekraczającą 1/4 ludności Polski. Z punktu widzenia efektywności zarządzania (efekt skali) można założyć, że organizacja ochrony zdrowia ma prawo i powinna być odmiennie zorganizowana.

Warto także zauważyć, iż Polska zajmuje wśród 25 krajów rozszerzonej Unii Europejskiej 6 pozycję pod względem liczby ludności i należy do grupy państw największych. Wśród krajów starej „piętnastki” następna w kolejności jest Holandia, licząca mniej niż połowę ludności Polski.

W grupie krajów średniej wielkości (Grecja, Belgia, Portugalia, Szwecja, Austria) liczba mieszkańców jest porównywalna do łącznej liczby ludności dwóch największych polskich województw, zaś pozostałe kraje liczbą mieszkańców są porównywalne do dużego polskiego województwa. W każdym z tych krajów mamy do czynienia z decentralizacją systemu ochrony zdrowia, przejawiającą się w różnych formach.

Reformy wprowadzone w Polsce **jednocześnie** w 1999 r. dawały także szansę na lepsze zaprojektowanie systemu ochrony zdrowia, z uwzględnieniem mechanizmów polityki regionalnej. Szansa ta nie została wykorzystana, bowiem zabrakło projektodawcom konsekwencji w harmonizowaniu dwóch najważniejszych dla systemu reform.

⁹ Ustawa z 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa, Dz.U. Nr 106, poz. 668, Warszawa 1998.

Pisze o tym C.W. Włodarczyk w odniesieniu do pierwszego projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 r., ale uwagi te można także odnieść do ustawy z 1998 r., wprowadzonej w życie:

„Najbardziej uderzającym przejawem niewykorzystania idei regionalizacji było pominięcie prognostycznych i planistycznych funkcji struktur regionalnych. Sama idea regionalizacji wynika wszak z przekonania, że dla tego rodzaju działań konieczne jest operowanie dostatecznie liczną populacją, dla której rozpoznawana jest sytuacja epidemiologiczna, z (...) uwzględnieniem zmieniających się naturalnie trendów. Stanowi to podstawę i punkt wyjścia do planowania zasobów, dzięki którym podejmuje się racjonalne działania.(...) Tymczasem dopiero element prognozy, powiązany z analizą alternatywnych form nakładów finansowych, pozwala na prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej. Analiza taka jest lepsza, jeśli jest prowadzona na poziomie regionu, gdyż nadmierna agregacja na szczeblu państwa dostarcza odpowiedzi zbyt ogólnikowych. Ich przeniesienie na niższy szczebel może prowadzić do wyboru błędnych – bo partykularnych priorytetów. Jest to absolutny elementarz współczesnych metod organizowania opieki zdrowotnej”¹⁰.

Podjęcie regionalne daje wiele innych możliwości w organizacji ochrony zdrowia niż tylko planowanie i prognozowanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Analiza polskich regionów pokazuje między innymi, że z uwagi na ich zróżnicowane położenie geograficzne, ukształtowanie terenu i zasoby naturalne problematyka ochrony zdrowia zajmuje odmienną pozycję w strategii rozwoju regionalnego.

Województwa szczególnie zasobne w złoża lecznicze (dolnośląskie, małopolskie, podkarpackie) nie tylko obsługują mieszkańców całej Polski w zakresie usług sanatoryjno-rehabilitacyjnych, ale mogą wiązać z tym faktem, a także z uwagi na swoje położenie przygraniczne, perspektywy świadczenia tych usług dla mieszkańców krajów ościennych. Nie bez znaczenia jest również rozwój na świecie coraz popularniejszej turystyki zdrowotnej, która może stanowić dla tych regionów duży atut w planowaniu strategii rozwoju gospodarczego.

Regiony, które w swoich strategiach uwzględniają turystykę i jej rozwój jako ważną gałąź gospodarki regionalnej i szansę na tworzenie nowych miejsc pracy (np. warmińsko-mazurskie, podkarpackie, podlaskie), muszą tak kształtować swój system ochrony zdrowia, aby działał on skutecznie także w okresach wzmożonego ruchu turystycznego.

Większość województw, które zawarły w swoich strategiach cele zdrowotne, podkreśla aspekt bezpieczeństwa, poprawy jakości życia oraz budowanie obrazu przyjaznego województwa jako elementu promocji regionu.

Jednak najważniejszą kwestią, którą należy podnieść przy okazji omawiania polityki regionalnej, jest nierówność województw z punktu widzenia dostępności usług medycznych, zróżnicowane wyposażenie w infrastrukturę szpitalną oraz urządzenia i aparaturę, nierównomierne nasycenie kadrą medyczną i duże rozbieżności w poziomie życia i dochodach mieszkańców.

¹⁰ C.W. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej...*, s. 298–299.

Każde z województw, które chce rozwiązywać swoje problemy w ochronie zdrowia, musi stosować do tego celu różne instrumenty. Nie bez znaczenia jest także zasobność lokalnej i regionalnej kasy publicznej, a także zdolności absorbowania funduszy europejskich. Zniesienie kas chorych, oskarżanych o prowadzenie różnych polityk zdrowotnych, wprowadzenie NFZ i zapowiedzi ujednolicenia zasad kontraktowania usług medycznych na terenie całej Polski w żadnym razie nie mogą się przyczynić do rozwiązania problemów sygnalizowanych przez województwa, a mogą co najwyżej pogłębić istniejące dysproporcje.

3.2. Zadania województwa w systemie ochrony zdrowia

Pierwszy raz elementy polityki regionalnej w ochronie zdrowia zostały zastosowane przy okazji regionalnych programów restrukturyzacji¹¹. Dla wszystkich uczestników tego procesu szybko stało się jasne, że może to być zaledwie początek efektywnej polityki regionalnej w ochronie zdrowia. Analiza opracowań wojewódzkich dotyczących zarówno strategii rozwoju regionalnego, jak i problematyki zakładów opieki zdrowotnej dowiodła, że województwa, pomimo pewnych wspólnych problemów ogólnopolskich, różni zarówno stan spraw w ochronie zdrowia, jak i podejście do rozwiązywania problemów.

Równolegle toczyły się prace zmierzające do uporządkowania systemu ochrony zdrowia i synchronizowania obu reform (administracyjnej i ubezpieczeniowej), szeroko konsultowane zarówno z przedstawicielami środowisk medycznych, jak i reprezentacją samorządu terytorialnego. Szczególne znaczenie w tym dialogu miały opinie województw i powiatów, które przejęły funkcje organów założycielskich dla większości szpitali w Polsce.

Wyniki tych prac znalazły zwieńczenie w projekcie ustawy o ustroju ochrony zdrowia, której uchwalenie, jak się wydawało, powinno sprzyjać lepszemu odbiorowi społecznemu reform, jak i sprawniejszemu funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia.

W projekcie wspomnianej ustawy zapisano powołanie Regionalnej Rady do spraw Zdrowia, która powinna pełnić rolę organu opiniodawczo-doradczego zarządu województwa i marszałka województwa w sprawach zachowania warunków do ochrony zdrowia.

Ponadto projekt przewiduje dla samorządu województwa między innymi następujące zadania:

- uchwalanie regionalnej sieci szpitali,
- zapewnienie dostępu do lecznictwa szpitalnego,
- uchwalanie zabezpieczenia planu lecznictwa otwartego na obszarze województwa,
- planowanie kształcenia w zawodach w ochronie zdrowia,
- nadzór nad realizacją inwestycji w ochronie zdrowia finansowanych ze środków publicznych,

¹¹ Por.: E. Hibner, *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wydawnictwo WSHE, Łódź 2003.

- inicjowanie i prowadzenie działań związanych z promocją zdrowia,
- współdziałanie z innymi podmiotami działającymi na rzecz ochrony zdrowia na terenie województwa.

Szczegółowe omówienie powyższych wybranych zagadnień zamieszczono w dalszej części artykułu.

3.3. Zadania władz lokalnych

W 1990 r. w Polsce po latach przywrócono samorząd terytorialny. Początkowo istniał on na jednym poziomie lokalnym-gminnym. Z punktu widzenia ustrojowego była to zmiana o znaczeniu rewolucyjnym. Jednak z punktu widzenia struktury decyzyjnej systemu opieki zdrowotnej skutki tej zmiany były znacznie mniejsze, niż się tego było można spodziewać.

Ustawa o samorządzie terytorialnym z marca 1990 r. mówiła o zadaniach gminy w sprawach ochrony zdrowia jako o zadaniach własnych. Przepis ten nie miał jednak oparcia w normach prawa materialnego, co sprawiło, że nie można było wskazać konkretnych zadań, które miałyby taki charakter. W praktyce zarządzania ochroną zdrowia w większości polskich gmin z ustawowego zapisu umieszczającego tę dziedzinę wśród zadań własnych nic nie wynikało¹².

Ważnym wyjątkiem od tej reguły, wskutek wprowadzenia nowych przepisów, była sytuacja tak zwanych ZOZ-ów prezydenckich¹³. Miała ona, co prawda, terytorialnie niewielki zasięg, ale obejmowała znaczną część populacji dużych miast, a jej działanie przyczyniło się istotnie do wykształcenia kadr menadżerskich i urzędników samorządowych w dziedzinie zarządzania w systemie opieki zdrowotnej. Z dzisiejszej perspektywy można ocenić, że ZOZ-y prezydenckie to swoisty „wypadek przy pracy” ustawodawcy. Kolejni ministrowie zdrowia w często zmieniających się ekipach rządowych ze zdumieniem przyjmowali do wiadomości fakt, że grupa przedstawicieli samorządu terytorialnego śle monity do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z żądaniem wyjaśnień i dopasowania innych regulacji do nowo zaistniałej sytuacji prawnej i stanu faktycznego.

Każdy podmiot i organ założycielski w obliczu nowej sytuacji i nowych dla siebie zagrożeń prowadził własną politykę i zabiegał o nienaruszalność własnej pozycji i interesów. W dużej mierze taki podział kompetencji zachował się w Łodzi do dziś, choć struktury organizacyjne uległy na przestrzeni 13 lat znacznym przeobrażeniom. Warto w tym miejscu odnotować dwie różnice kompetencyjne, które dokonały się na przestrzeni tych lat: funkcje wojewody przejął marszałek województwa, zaś dwie akademie medyczne połączyły się w jeden Uniwersytet Medyczny. Trwałym, niewzruszonym elementem łódzkiego krajobrazu pozostaje budowa szpitala-molocha, Centrum Kliniczno-Dydaktycznego, która obchodzić będzie wkrótce jubileusz 30-lecia.

¹² C.W. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce...*

¹³ Ustawa z 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczegółowych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw, Dz.U. Nr 34, poz. 198, z późniejszymi zmianami.

Pod koniec funkcjonowania gabinetu premier Suchockiej przygotowano projekt dalszej decentralizacji zadań publicznych, w formie tzw. pilotażu miejskiego. Po licznych perturbacjach i zmianach koalicji rządzącej program pilotażowy mógł wejść w życie 1 stycznia 1994 r. Znalazły się w nim również ustalenia dotyczące ochrony zdrowia. W rozporządzeniu Rady Ministrów wskazano, że przekazaniu gminom miejskim podlegają w drodze porozumienia dotychczasowe uprawnienia wojewody polegające na prowadzeniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Przekazanie uprawnień nie dokonywało się z mocy prawa, lecz w drodze porozumienia, po wyrażeniu woli przez gminę, która te uprawnienia przejmowała. W programie przyjęto koncepcję szerokich uprawnień dla gmin zaangażowanych w pilotaż. W ten sposób największe miasta zyskały znaczny wpływ na strukturę i sposób funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej na swoim terenie.

Reforma administracji publicznej z 1999 r. przeniosła na samorząd terytorialny uprawnienia do prowadzenia publicznych ZOZ-ów w zakresie większości jednostek organizacyjnych (powiaty, województwa), w tym większości szpitali. Nadal jednak kilkadziesiąt z nich funkcjonuje poza strukturami terytorialnymi, w swoistej „przestrzeni resortowej”. Są to na ogół szpitale najlepiej wyposażone w aparaturę i zatrudniające najwyższej klasy specjalistów.

Prace nad zreformowaniem polskiej służby zdrowia i wyprowadzenia jej z modelu Siemaszki trwały wiele lat i były prowadzone przez różne ośrodki polityczne i naukowe. Generalnie dominowały dwie konkurencyjne koncepcje: samorządowa i ubezpieczeniowa. Ta pierwsza miała silne oparcie we wzorach skandynawskich, druga wzorowała się na rozwiązaniach niemieckich. Dziś już wiadomo, że żaden z tych modeli zastosowany w czystej formie nie gwarantuje efektywności systemu i nie ma zdolności do samoograniczenia kosztów.

Koncepcja samorządowa szczególne znaczenie przypisywała powiatom, bowiem mechanizm zintegrowanej opieki zdrowotnej, który miałyby się stać zasadniczym elementem tego modelu, sprawdza się w populacji od 100 do 250 tys. osób objętych tą formą opieki.

Uchwalenie pierwszej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w 1997 r. przesądziło, jak się wówczas wydawało, o modelu ubezpieczeniowym. Ustawa ta, dzięki dwuletniemu *vacatio legis*, miała zostać wprowadzona w życie po następnych wyborach parlamentarnych. Zmiana opcji rządzącej i utworzenie koalicji AWS–UW nie przyniosło, wbrew pozorom, porozumienia w sprawie ostatecznego kształtu reformy w ochronie zdrowia. Unia Wolności była zdecydowanym zwolennikiem samorządowej opieki zdrowotnej. O wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w formie zmodyfikowanej przez AWS w stosunku do już uchwalonej ustawy, przesądził stan zaawansowania prac organizacyjno-legislacyjnych. Reforma samorządowej ochrony zdrowia do dziś pozostała koncepcją czysto teoretyczną.

Zastosowanie modelu zewnętrznego płatnika świadczeń zdrowotnych nie musi i nie powinno zwalniać władz publicznych szczebla lokalnego z odpowiedzialności za ochronę zdrowia. Usługi medyczne bez względu na sposób ich

organizowania i finansowania pozostają zadaniami o charakterze usług publicznych, należą do kategorii potrzeb zbiorowych, a podstawowa opieka zdrowotna stanowi obok oświaty jedną z najbardziej „lokalnych” potrzeb społecznych.

Pewne zadania z zakresu ochrony zdrowia przypisane do kompetencji gmin i powiatów umieszczono w projekcie ustawy o ustroju ochrony zdrowia. Wiążą się one głównie z zapewnieniem dostępu do usług medycznych, a także z oświatą zdrowotną w szkołach prowadzonych przez gminy i powiaty. Można sobie zresztą wyobrazić inne różne zadania z tego obszaru. Wiele gmin w Polsce – korzystając z ustawowego domniemanego zakresu kompetencji w sprawach lokalnych – realizuje liczne interesujące przedsięwzięcia z zakresu ochrony zdrowia, finansując te inicjatywy z własnych środków.

Na możliwość ustrojowego pogodzenia systemu ubezpieczeniowego z sektorem prywatnym i odpowiedzialnością władzy samorządowej wskazuje przykład Holandii. Można by z tych rozwiązań skorzystać, zwłaszcza że powiaty pełnią funkcje organów założycielskich dla większości polskich szpitali.

4. Szczegółowy zakres zadań w regionalnej polityce zdrowotnej

4.1. Regionalna Rada do spraw Zdrowia

W projekcie *Ustawy o ustroju ochrony zdrowia* proponuje się powołać w każdym województwie Regionalną Radę do spraw Zdrowia. W pierwotnym zamyśle rady takie mogłyby powstać w oparciu o Regionalne Komitety Sterujące powołane dla celów programów restrukturyzacji w zakładach opieki zdrowotnej. Rada byłaby organem opiniodawczo-doradczym zarządu województwa i marszałka województwa. Do zadań Regionalnej Rady do spraw Zdrowia należałoby w szczególności:

- 1) opiniowanie i proponowanie kierunków planowania sieci świadczeniodawców na obszarze województwa,
- 2) opiniowanie programów wojewódzkich realizowanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia¹⁴,
- 3) opiniowanie wojewódzkiego planu zabezpieczenia leczenia otwartego,
- 4) opracowanie raz do roku raportu na temat sytuacji zdrowotnej w województwie wraz z zaleceniami, przy czym wspomniany raport byłby przekazywany właściwemu wojewodzie oraz ministrowi do spraw zdrowia.

Regionalna Rada do spraw Zdrowia miałaby liczyć 11–17 członków. W jej skład wchodziłyby w równym stopniu osoby reprezentujące interesy podmiotów uczestniczących w systemie ochrony zdrowia. Powoływałby je marszałek wo-

¹⁴ *Narodowy Program Zdrowia, wersja znowelizowana*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa lipiec 1993.

jewództwa na czas pełnionej przez siebie funkcji, spośród osób, których wiedza, doświadczenie i autorytet dają rękojmię prawidłowej realizacji zadań rady.

Osoby te byłyby wskazywane przez wojewodę, rzecznika praw pacjenta, organy jednostek samorządu terytorialnego z obszaru województwa, podmioty finansujące świadczenia zdrowotne, samorządy zawodów medycznych, a także przedstawicieli organizacji społecznych działających w ochronie zdrowia.

Regionalna Rada do spraw Zdrowia do wykonywania poszczególnych zadań mogłaby powoływać zespoły problemowe. Do udziału w pracach zespołów problemowych można by zapraszać ekspertów, przedstawicieli nauki oraz podmiotów niereprezentowanych w radzie. Urząd marszałkowski obsługiwałby zarówno prace rady, jak i jej zespołów problemowych.

Projektowany skład i zadania rady miałyby umożliwić skuteczne porozumienie pomiędzy podmiotami uczestniczącymi w ochronie zdrowia i wypracowywanie wspólnych celów.

Powołanie Regionalnej Rady do spraw Zdrowia stwarzałoby instytucjonalne gwarancje efektywnej współpracy i współdziałania między niezależnymi podmiotami działającymi w ochronie zdrowia, w tym organów jednostek samorządu terytorialnego – województwa, powiatów i gmin.

4.2. Wojewódzki plan zabezpieczenia leczenia otwartego

W związku z wprowadzeniem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a więc wprowadzeniem do systemu zasady zewnętrznego płatnika, nastąpiło przesunięcie zadań ochrony zdrowia z płaszczyzny administracji świadczącej do sfery administracji planowania. Przejawia się to między innymi w nałożeniu na samorząd terytorialny obowiązku uchwalania planów zabezpieczenia leczenia otwartego¹⁵.

Projektowane regulacje związane z wojewódzkim planem zabezpieczenia leczenia otwartego oparte zostały na art. 55a *Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*¹⁶:

„Organy samorządu terytorialnego, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych w porozumieniu z Kasą Chorych, na których obszarze działają, są obowiązane do opracowania i aktualizacji planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na obszarze ich działania; w oparciu o ten plan Kasa Chorych zawiera umowy ze świadczeniodawcami. Organy samorządu terytorialnego zamieszczają plan w dzienniku urzędowym województwa, na obszarze którego działa Kasa Chorych”.

W stosunku do cytowanego artykułu nastąpiła zmiana, polegająca na tym, że według projektu ustawy o ochronie zdrowia to sejmik województwa uchwała plan. Wynika to z funkcji samorządu województwa i jego podstawowej roli – planistycznej i koordynującej.

¹⁵ U. Rudynek, *Uwagi o roli samorządu terytorialnego według projektu Ustawy o ustroju ochrony zdrowia*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. II, nr 3–4, Kraków 2000.

¹⁶ Dz.U. z 1997 r. Nr 9, poz. 43 z późniejszymi zmianami.

Do zadań województwa powinno należeć ustalanie zapotrzebowania oraz szczegółowych zasad i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom, którzy nie wymagają leczenia szpitalnego. Celem tego planu powinno być dążenie do realizacji zasady powszechnego, równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz – w miarę możliwości – zasady wolnego wyboru świadczeniodawcy.

Plan może określać również zasady współpracy jednostek samorządu terytorialnego w zakresie zabezpieczenia leczenia otwartego.

W cytowanym projekcie przyjęto konstrukcję, według której częstkowe projekty planu opracować powinny gminy i powiaty. Gminne i powiatowe plany stanowić miałyby podstawę wojewódzkiego planu zabezpieczenia leczenia otwartego. Oznacza to odpowiedzialność samorządu lokalnego za prawidłową identyfikację potrzeb miejscowej ludności oraz obowiązek podjęcia działań w celu ich zaspokojenia. Samorząd regionalny byłby wówczas odpowiedzialny za stworzenie optymalnych warunków dla jak najskuteczniejszego działania wszystkich jednostek samorządu terytorialnego na obszarze województwa.

4.3. Regionalna Sieć Szpitali

Celem utworzenia Regionalnej Sieci Szpitali jest zapewnienie pacjentom z obszaru danego województwa dostępu do leczenia szpitalnego w zakresie gwarantowanym przez państwo, finansowanego przez system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Propozycje rozwiązań pochodzą z projektu ustawy o szpitalach opracowanego w Ministerstwie Zdrowia w 2000 r.¹⁷ Przez szpital zdefiniowano w projekcie także oddział szpitalny, gdyż w zamyśle projektodawców w jednym szpitalu mogłyby funkcjonować obok siebie oddziały różnych kategorii, należące do różnych sieci.

We wspomnianym projekcie powołuje się Narodową Sieć Szpitali, w której skład wchodzi:

- Krajowa Sieć Szpitali,
- Regionalne Sieci Szpitali,

przy czym Krajową Sieć Szpitali w drodze rozporządzenia tworzy minister właściwy dla spraw zdrowia.

Szpital wchodzący w skład Krajowej Sieci Szpitali może jednocześnie wchodzić w skład Regionalnej Sieci Szpitali. Tę ostatnią powołuje sejmik województwa na wniosek marszałka, po zaopiniowaniu przez Regionalną Radę do spraw Zdrowia. Regionalna Sieć Szpitali podlega zatwierdzeniu przez ministra właściwego dla spraw zdrowia, który raz do roku publikuje listę Narodowej Sieci Szpitali, w której skład wchodzi sieci krajowa i regionalne.

W zamyśle projektodawców wszystkie szpitale wchodzące w skład sieci narodowej powinny mieć gwarancje publicznego ubezpieczyciela na uzyskiwanie kontraktów na udzielanie świadczeń. Zakłada się równość podmiotów sieci, bez

¹⁷ *Ustawa o szpitalach, projekt*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa lipiec 2000.

względem na status własności szpitala. Szpitale „sieciowe” mają także równy dostęp do środków publicznych pochodzących z podatków, w tym przede wszystkim na cele inwestycyjne oraz zakup drogich urządzeń leczniczych i diagnostycznych.

Województwo tworzy Regionalną Sieć Szpitali w oparciu o rozpoznanie potrzeb pacjentów na swoim obszarze. Celem sieci krajowej jest zapewnienie działania i rozwoju wysoko specjalistycznych ośrodków medycznych, mających zaplecze naukowo-badawcze, które wykonują jednostkowe, kosztowne zabiegi, trudne do zaplanowania dla populacji regionu. W sieci krajowej są także testowane nowe, unikalne technologie i metody leczenia, które następnie mogą być rekomendowane do powszechnego stosowania.

Tworzenie Regionalnych Sieci Szpitali umożliwiłoby racjonalne dostosowanie rodzajów łóżek szpitalnych do realnych potrzeb regionu, planowanie inwestycji szpitalnych w perspektywie wieloletniej, a także optymalne rozmieszczenie drogiej aparatury medycznej. Takie działania zapewniłyby w miarę równomierny dostęp pacjentów na terenie całego kraju do procedur medycznych objętych kontraktowaniem w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, przy optymalnych kosztach leczenia.

4.4. Kształcenie kadr medycznych

Funkcje planistyczne, prognostyczne i obowiązek ustawowy sporządzania strategii regionalnych nałożony na samorząd województw muszą przekładać się na instrumenty do realizacji tych zadań. Nierówności w dostępie do usług medycznych, które zostały ujawnione zarówno w strategiach i programach wojewódzkich, jak i w programach restrukturyzacji, skłaniają do refleksji na temat dalszych przedsięwzięć umożliwiających racjonalizację systemu ochrony zdrowia.

W programach restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej dowiedziono, że zarówno sieć zakładów opieki zdrowotnej, jak też profil oraz zasoby łóżek szpitalnych nie podlegają racjonalnemu planowaniu, a istniejący stan wynika z zaszłości lat ubiegłych i czasów poprzedniego ustroju. Nierówny dostęp do świadczeń medycznych jest także uwarunkowany (poza infrastrukturą szpitalną) nasyceniem poszczególnych obszarów kraju fachowym personelem medycznym. Można przypuszczać, że specjalności medyczne kształtują się w oparciu o aktualny dostęp do kadry w danym miejscu na terenie kraju, a ta najczęściej skupia się wokół ośrodków akademickich i szpitali klinicznych.

W Polsce, tak jak w wielu krajach europejskich (np. Francji, Holandii), dostęp do kształcenia w zawodach medycznych¹⁸ opłacanego ze środków publicznych jest ściśle limitowany. Brak takich limitów prowadzi do emigracji wykształconej kadry, bezrobocia wśród specjalistów lub nadmiernego wzrostu podaży usług medycznych.

¹⁸ *Health Care System in the EU. A Comparative Study*, European Parliament, Luxembourg May 1998.

Jak wskazują badania prowadzone wśród krajów Unii Europejskiej, liczba osób wykonujących zawody medyczne, przypadająca na daną populację, jest bardzo różna i nie wpływa ani na jakość świadczonych usług, ani na zadowolenie pacjentów z systemu. Różnice wśród krajów „piętnastki” pomiędzy największym i najmniejszym nasyceniem w zawodzie są ponad dwukrotne dla lekarzy ogólnych, ponad trzykrotne dla dentystów, prawie czterokrotne dla pielęgniarek i blisko sześciokrotne dla farmaceutów.

W Polsce w 2000 r. na wszystkich kierunkach medycznych kształciło się około 5 tys. osób, w tym na kierunkach lekarskich nieco ponad 2 tys.¹⁹, przy czym w analizie nie uwzględniono studentów istniejącej wówczas Wojskowej Akademii Medycznej (połączonej obecnie z Akademią Medyczną w Łodzi w Uniwersytet Medyczny).

W kraju kształcenie w zawodach medycznych prowadzi 11 uczelni, w tym 9 akademii medycznych, Uniwersytet Medyczny i Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. W poprzednim roku połączenia z uniwersytetem w Toruniu dokonała Akademia Medyczna w Bydgoszczy. Ten trend będzie się zapewne rozwijał, choćby z uwagi na koszty kształcenia, ale także na względy pożądanego charakteru kształcenia akademickiego w uniwersytetach wieloprofilowych. Model kształcenia w akademiach medycznych, tak jak jeszcze wiele struktur w Polsce, jest pozostałością poprzedniego ustroju, wzorowanego na rozwiązaniach sowieckich.

Spośród 16 województw w 5 nie kształci się kadr medycznych: lubuskie, opolskie, podkarpackie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie. Oczywiście potrzeby kadrowe tych województw są zaspokajane przez istniejące uczelnie. Mankament polega na tym, że finansowanie tego kształcenia jest dokonywane z budżetu centralnego w oparciu o algorytm uwzględniający stan kadry tych uczelni. Kształcenie kadr nie pozostaje w żadnym związku z potrzebami kadrowymi poszczególnych regionów.

Rozwój systemu ochrony zdrowia, w tym racjonalne planowanie sieci świadczeniodawców, wymaga regionalizacji kształcenia kadr. Można ten postulat zrealizować różnymi metodami. Najprostszy mechanizm mógłby polegać na finansowaniu kształcenia kadry medycznej z budżetów województw na podstawie rozpoznania potrzeb. Zarządy województw mogłyby finansować kształcenie studentów kierunków medycznych w oparciu o konkurs, a następnie lokować środki finansowe w wybranych uczelniach.

Istniałaby wówczas duża szansa, że młodzież z tych województw, gdzie nie ma uczelni medycznych, powróciłaby po zakończeniu studiów do pracy w swoim regionie. W ten sposób można by zrealizować jednocześnie zasadę równego dostępu do studiów medycznych dla młodzieży z całego kraju, ale także wyrównać nasycenie kadrą medyczną tych obszarów, które obecnie cierpią na jej niedostatek.

¹⁹ *Statystyka dotycząca uczelni medycznych, stan na dzień 30 kwietnia 2000 r.*, opracowanie: P. Biliński, Departament Nauki i Kadr Medycznych, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2000.

4.5. Rejestr Usług Medycznych

Funkcje planistyczne w każdej dziedzinie, także w obszarze ochrony zdrowia, wymagają systematycznego gromadzenia danych, aby na ich podstawie określić bieżące zapotrzebowanie na usługi medyczne, planować ich rozwój w krótkim okresie, a także móc obserwować trendy zmian dla celów planowania strategicznego, wieloletniego. Bez takiego podejścia jeszcze przez wiele lat będziemy mieli do czynienia z ciągnącymi się latami inwestycjami w ochronie zdrowia, podażą usług niedopasowaną do realnych potrzeb, a w efekcie – marnotrawstwem publicznych i prywatnych pieniędzy.

Już w 1995 r. w ówczesnym Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej dostrzegano potrzebę głębokich zmian, nazywanych restrukturyzacją systemu ochrony zdrowia²⁰. Stwierdzono, że powinna się ona odbywać w dwóch płaszczyznach.

Pierwszą z nich są zmiany organizacyjno-funkcjonalne, polegające na przekształceniach w podstawowej opiece zdrowotnej i uczynieniu tej części systemu narzędziem zaspokojenia około 80% potrzeb zdrowotnych (ówczesny stan szacowany był na 35–40%). Zmiany te miały spowodować wzrost poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i odczuwalną przez pacjentów poprawę jakości świadczeń zdrowotnych.

Drugą, kompatybilną płaszczyzną zmian miała stać się zmiana systemu finansowania świadczeń zdrowotnych z budżetowego na budżetowo-ubezpieczeniowy, co miało spowodować bardziej celowe i racjonalne wykorzystanie środków przeznaczonych na ochronę zdrowia oraz wytworzyć warunki do funkcjonowania rynku wewnętrznego i konkurencji wśród realizatorów usług zdrowotnych.

Dla obu aspektów restrukturyzacji dostrzeżono konieczność istnienia systemu rejestrującego świadczenia, umożliwiającego wzajemne rozliczenia zakładów opieki zdrowotnej i płatników, a także dostarczającego niezbędnych informacji do zarządzania systemem na każdym poziomie.

Raport Komisji Ekspertów WHO 17–22 listopada 1993 r. *Wsparcie informacyjne dla nowych działań Publicznej Służby Zdrowia na poziomie regionalnym* (Genewa 1994) zaleca tworzenie regionalnych i centralnych systemów informacyjnych dla zarządzających służbą zdrowia:

„Pilnie należy wzmocnić i koordynować rozwój lokalnych i narodowych systemów informacji zdrowotnej. Systemy te powinny wzmacniać dane w użyteczne informacje dla zespołów organizujących opiekę medyczną. System taki jest ważny dla polityki zdrowotnej i planowania, szczególnie w odniesieniu do alokacji środków finansowych na poziomie kraju, monitorowania służb medycznych i programów oraz zwiększania ich wpływu na poprawę stanu zdrowotnego i uzyskania większej dostępności usług medycznych”.

²⁰ Informacja o systemie Rejestru Usług Medycznych, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Biuro Przekształceń Systemowych w Ochronie Zdrowia, październik 1995.

W odpowiedzi na powyższe zalecenia i oczekiwania zaprojektowano Rejestr Usług Medycznych – system zbierania, analizowania i opracowywania informacji o świadczonych, finansowanych (gwarantowanych) przez państwo usługach medycznych, umożliwiający jednocześnie ich rozliczanie. Twórcy systemu przyjęli, że stały dopływ wiarygodnych, aktualnych danych medycznych, epidemiologicznych i finansowych, a nade wszystko ich sprawna bieżąca analiza są niezbędne nie tylko do przeprowadzenia planowanej reformy służby zdrowia, ale też do sprawnego bieżącego zarządzania.

Podstawowe zadania, których wypełnienie umożliwi wdrożenie projektowanego systemu RUM, to²¹:

- obliczenie kosztów usług medycznych, ponoszonych przez państwo i obywateli,
- poznanie potrzeb zdrowotnych obywateli i prognozowanie zapotrzebowania na usługi medyczne oraz przewidywanie ich kosztów,
- monitorowanie i porównywanie pracy poszczególnych jednostek organizacyjnych i personelu oraz jej dokumentowanie i prowadzenie rozliczeń finansowych,
- uświadomienie personelowi medycznemu i obywatelom (pacjentom) wielkości kosztów związanych z opieką zdrowotną oraz wykształcenie zachowań rynkowych pomiędzy biorcami i dawcami usług medycznych,
- szybkie przetwarzanie danych i przekazywanie opracowanych informacji w formie użytecznych analiz i raportów osobom zarządzającym służbą zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i centralnym.

Podstawowym elementem systemu RUM jest szczelny obieg informacji, dlatego konieczne było stworzenie dokumentu (książeczka RUM), który byłby jednolitym i wiarygodnym źródłem danych, oraz jednostki organizacyjnej (biuro RUM) kierującej obiegiem dokumentów i informacji, gromadzącej i analizującej dane z dokumentów, dostarczającej danych do rozliczania usług medycznych.

Pierwszy Rejonowy Rejestr Usług Medycznych zorganizowano w Czarnkowie w dawnym województwie pilskim. Objęto nim 59 840 obywateli, 203 osoby personelu medycznego uprawnionego do wpisów w książeczce RUM i pobierania kuponów, 88 instytucji świadczących usługi medyczne (w tym gabinety prywatne – na zasadach dobrowolności). Wydrukowano 59 971 książeczek RUM.

Po udanym eksperymencie czarnkowskim system RUM zaczęto wdrażać na terenie całej Polski. Wydrukowano około 20 milionów książeczek RUM, które otrzymali obywatele z około połowy ówczesnych 49 województw. Nie udało się wdrożyć systemu na terenie całego kraju z uwagi na upływającą kadencję parlamentu i zmianę ekipy rządowej.

Rząd Jerzego Buzka w swoim programie reform przewidywał szybkie wdrożenie m.in. reformy administracji publicznej i systemu powszechnego ubezpie-

²¹ A. Horoch, M. Jarosz, A. Masiakowski, M. Stępień, *Rejestr Usług Medycznych (RUM). Pilotażowe wdrożenie w Czarnkowie*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej i wojewoda pilski, luty 1995.

czenia zdrowotnego – 1 stycznia 1999 r. zmienił się podział administracyjny kraju i wprowadzono *Ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*.

Paradoksalnie, nowe warunki ustrojowe stanowiły znacznie lepsze podłoże dla wdrażania systemu RUM niż w poprzednim okresie.

Niestety, w czerwcu 1998 r. minister zdrowia przekazał pismo, w którym nakazał zatrzymanie wdrożenia systemu RUM we wszystkich tych miejscach Polski, gdzie do tej pory nie udało się wydrukować książeczek i skompletować wszystkich niezbędnych urządzeń. Minister zapowiedział w tym samym piśmie zamiar wdrożenia innego systemu zbierania danych, o nazwie START²². Jego wdrożenie było planowane na trzeci kwartał 1998 r. Zamiaru tego nie udało się zrealizować.

Zmiana ekipy rządzącej w 2001 r. spowodowała kolejne zmiany w podejściu do reformy systemu opieki zdrowotnej. Zlikwidowano kasy chorych i od 1 kwietnia 2003 r. działa Narodowy Fundusz Zdrowia. W dokumencie rządowym z tego okresu w rozdziale zatytułowanym *Obniżanie kosztów funkcjonowania systemu* pojawia się Rejestr Usług Medycznych²³. Planuje się kontynuowanie wdrażania dawnego RUM w zmodyfikowanej formie. Nie przewiduje się powrotu do książeczek RUM, a dokumentem systemu miałyby się stać karta elektroniczna. Koszty wdrożenia nowego systemu skalkulowano na 500–900 mln złotych.

Pierwsze efekty wdrożenia systemu przewidziano na czerwiec 2003 r. Także tym razem system pozostał w sferze projektów. Przyczyniły się do tego zarówno niestabilne warunki polityczne (częste zmiany na stanowisku ministra zdrowia), jak i trudna sytuacja w systemie finansów publicznych – koszty nowego systemu miały być w pełni sfinansowane z budżetu państwa.

Rejestr Usług Medycznych udało się wdrożyć, zachować i rozwinąć na obszarze jednego całego nowego województwa. Jest to województwo lubuskie. Z danych pochodzących z tego rejestru korzystała z powodzeniem zlikwidowana Lubuska Regionalna Kasa Chorych i korzysta nadal odpowiedni oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.

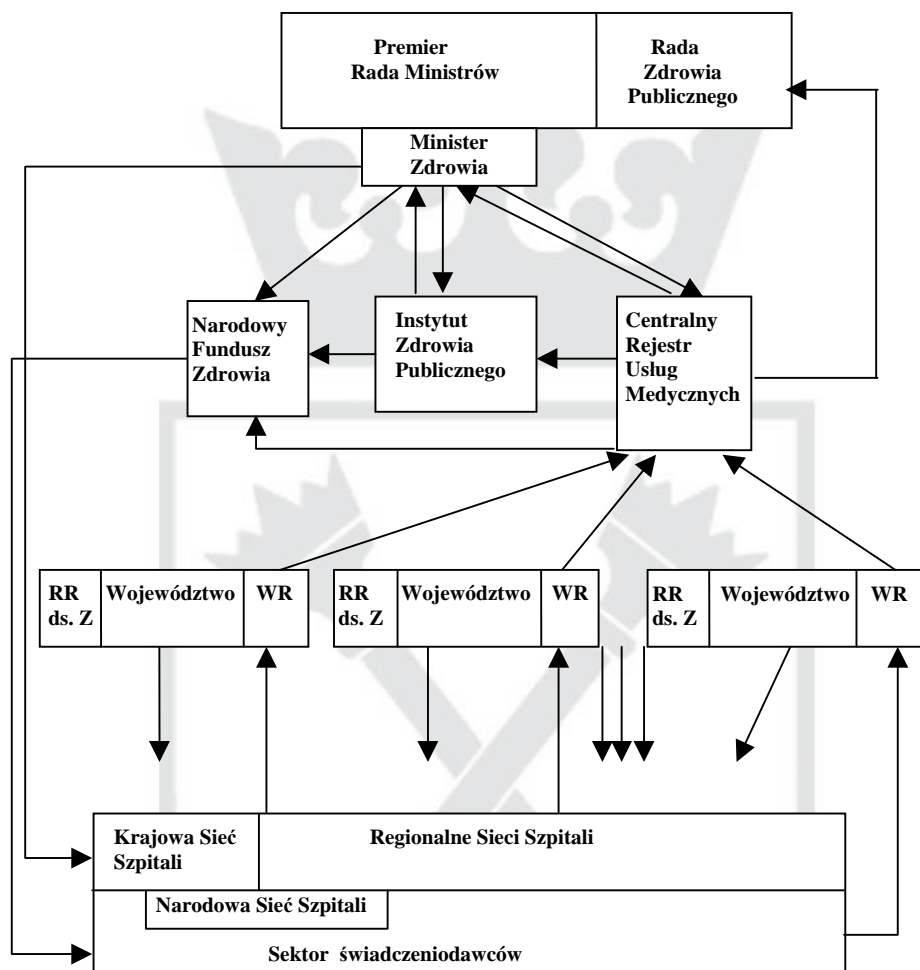
Udany lubuski eksperyment w pełni potwierdza tezę o możliwości pilotażowego wdrażania różnych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia, najpierw w jednym lub w kilku wybranych województwach, a następnie przeniesienie rozwiązań na pozostałe regiony.

²² Najwyższa Izba Kontroli, dokument kontrolny 184/1999/P/1998/129/ DZK, Warszawa lipiec 1999.

²³ *Narodowa Ochrona Zdrowia, Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002–2003*, Ministerstwo Zdrowia 2002.

5. Schemat i opis zaprojektowanego modelu

Na poniższym rysunku przedstawiono projekt strukturalny modelu systemu ochrony zdrowia w Polsce, z uwzględnieniem niektórych rozwiązań organizacyjnych, zaproponowanych i omówionych w niniejszym opracowaniu



Rysunek 1. Struktura systemu ochrony zdrowia i wybrane zadania

Analiza działania systemu ochrony zdrowia przedstawiona na rysunku wskazuje na nowy paradygmat struktury zarządzania. Najwygodniej prześledzić poszczególne funkcje i przepływy, zaczynając od dołu piramidy, czyli od sektora świadczeniodawców.

Sektor ten, składający się z kilkudziesięciu tysięcy podmiotów, działa na rynku w warunkach konkurencji i równości podmiotów wobec prawa. Poszczególne podmioty przystępują corocznie do konkursu ofert i zawierają kontrakty w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych przez państwo i opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia lub innego ubezpieczyciela publicznego (przed „drugą reformą” funkcję tę pełniły kasy chorych).

Zasada podziału środków publicznych powinna opierać się na podziale funduszu pomiędzy 16 województw według algorytmu uwzględniającego wielkość populacji. Taka zasada musi być wprowadzana stopniowo, wobec nierównego nasycenia infrastruktury leczniczej w poszczególnych regionach i konieczności prowadzenia dalszej restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej w województwach.

Zasada podziału według liczebności populacji może obowiązywać od zaraz w podstawowej opiece zdrowotnej, przy założeniu zdefiniowanego i wynegocjowanego pakietu świadczeń w tej opiece. Kontraktowanie świadczeń na wyższym poziomie referencyjnym musi uwzględniać, poza liczebnością populacji, także plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych sporządzany w województwie. Projektowanie i negocjowanie planu zabezpieczenia (planów ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej) dokonuje się na poziomie województwa z udziałem wszystkich podmiotów zbiorowych – interesariuszy systemu. Rolę koordynatora pełni Regionalna Rada do spraw Zdrowia.

Plany zabezpieczenia świadczeń, Regionalna Sieć Szpitali oraz algorytm podziału środków Funduszu mają silne uzasadnienie i oparcie w informacji pochodzącej z różnych rejestrów publicznych (zakładów opieki zdrowotnej, lekarzy, pielęgniarek, wysoko specjalistycznej aparatury diagnostycznej), ze szczególnym uwzględnieniem rejestracji wykonanych usług medycznych w danym województwie (Wojewódzki Rejestr Usług Medycznych). Taki tryb postępowania eliminuje uznaniowość w dostępie do kontraktów.

Plany zabezpieczeń oraz dane przetworzone i zagregowane w rejestrach wojewódzkich są przesyłane do rejestrów centralnych, będących w dyspozycji ministra zdrowia. Minister ten ma także do dyspozycji nadzorowany przez siebie Instytut Zdrowia Publicznego, który analizuje dane i opracowuje na tej podstawie propozycje korekt systemu oraz przesłanki do koordynowania polityki zdrowotnej na poziomie krajowym.

Ubezpieczyciel publiczny na szczeblu centralnym (Narodowy Fundusz Zdrowia) otrzymuje dane z centralnych rejestrów i wyniki badań Instytutu Zdrowia Publicznego, które stanowią podstawę do korekty podziału środków na kontraktowanie usług medycznych w poszczególnych województwach.

Przed upływem terminu kontraktowania minister zdrowia przedkłada plan podziału środków z Funduszu premierowi i Radzie Ministrów, który trafia do realizacji po zaopiniowaniu przez Radę Zdrowia Publicznego.

Podobny mechanizm konsultacyjny powinien dotyczyć także podziału środków inwestycyjnych na rozwój systemu ochrony zdrowia (budowa i modernizacja obiektów szpitalnych, zakup specjalistycznego sprzętu i aparatury, kształce-

nie kadr medycznych), pochodzących z systemu podatkowego. Podział ten musi być akceptowany w ramach prac Rady Ministrów przez Ministra Finansów.

6. Podsumowanie i wnioski końcowe

1. Porządkowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce wymaga od ustawodawcy dokonania podziału kompetencji pomiędzy szczeble władzy publicznej – w możliwie szerokim zakresie realizacji zasady partycypacji w systemie jak najszerszego kręgu interesariuszy.
2. Utworzenie przy premierze i Radzie Ministrów Rady Zdrowia Publicznego – złożonej z ekspertów reprezentujących różne dziedziny mające związek z bezpieczeństwem zdrowotnym w kraju, a także z przedstawicieli Regionalnych Rad do spraw Zdrowia i związków samorządowych – umożliwi na szczeblu centralnym prowadzenie polityki zdrowotnej będącej kompromisem pomiędzy realnymi potrzebami zdrowotnymi a możliwościami ekonomicznymi państwa i obywateli.
3. Utworzenie Narodowej Sieci Szpitali, w tym sieci krajowej i regionalnych, przyczyni się do stopniowego wyrównywania infrastruktury leczniczej dostosowanej do potrzeb pacjentów, a także umożliwiającej racjonalne planowanie wydatków inwestycyjnych finansowanych z podatków.
4. Decentralizacja uprawnień w zakresie organizowania rynku świadczeniodawców, przeniesienie ich na poziom regionalny, a także realizowanie regionalnej polityki zdrowotnej w koordynacji ze strategiami rozwoju regionalnego wprowadzają nowy, bardziej racjonalny paradygmat zarządzania wewnątrz systemu.
5. Planowanie zakresu nieodpłatnego kształcenia w zawodach medycznych na poziomie regionalnym, poprzez limitowanie dostępu do studiów medycznych w sposób umożliwiający racjonalne rozmieszczenie kadr na terenie kraju, to niezbędny instrument realizacji polityki zdrowotnej w państwie i postulatu równego dostępu do świadczeń medycznych.
6. Uchwalenie koszyka świadczeń gwarantowanych i równość świadczeniodawców na rynku umożliwią planowanie rozwoju rynku usług medycznych i inwestycji wspieranych ze środków publicznych, z zastosowaniem partnerstwa publiczno-prywatnego.
7. Zaprzestanie podnoszenia składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne (a także rozważenie możliwości jej obniżenia w stosunku do aktualnego poziomu) nie musi oznaczać obniżenia nakładów na ochronę zdrowia. Zwiększenia tych nakładów można uzyskać przez uruchomienie dodatkowych źródeł finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia, takich jak:
 - źródła podatkowe na cele inwestycyjne,
 - dopłaty pacjentów do świadczeń gwarantowanych,

- wprowadzenie dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, umożliwiających rozwój i stałe podnoszenie jakości świadczeń w całym systemie.
8. Uruchomienie systemu rejestrowania wszystkich usług medycznych (docelowo również w sektorze prywatnym) w celu monitorowania potrzeb rynku jest niezbędnym instrumentem zarządzania na każdym szczeblu systemu.
 9. Wprowadzenie czytelnych zasad komercjalizacji i prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej (szpitale prowadzone w formie spółek prawa handlowego), umożliwi dopływ kapitału prywatnego do systemu ochrony zdrowia i modernizację sektora świadczeniodawców.

Literatura

- Buchanan J.M., *Finanse publiczne w warunkach demokracji*, przekład E. Balcerek, Fundacja Edukacyjna Przedsiębiorczości, PWN, Warszawa 1997.
- Health Care System in the EU. A Comparative Study*, European Parliament, Luxemburg May 1998.
- Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wydawnictwo WSHE, Łódź 2003.
- Horoch A., Jarosz M., Masiakowski A., Stępień M., *Rejestr Usług Medycznych (RUM). Pilotażowe wdrożenie w Czarnkowie*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej i wojewoda pilski, luty 1995.
- Informacja o systemie Rejestru Usług Medycznych*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Biuro Przekształceń Systemowych w Ochronie Zdrowia, październik 1995.
- Izdebski H., Kulesza M., *Administracja publiczna, zagadnienia ogólne*, LIBER, Warszawa 1998.
- Kumar S., Chandra Ch., *A healthy change*, IIE Solutions nr 33, Norcross 2001, s. 28–33.
- Najwyższa Izba Kontroli, dokument kontrolny 184/1999/P/1998/129/ DZK, Warszawa lipiec 1999.
- Narodowa Ochrona Zdrowia – Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002–2003*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2002.
- Narodowy Program Zdrowia, wersja znowelizowana*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa lipiec 1993.
- Rudynek U., *Uwagi o roli samorządu terytorialnego według projektu Ustawy o ustroju ochrony zdrowia*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. II, nr 3–4, Kraków 2000.
- Statystyka dotycząca uczelni medycznych, stan na dzień 30 kwietnia 2000 r.*, opracowanie P. Biliński, Departament Nauki i Kadr Medycznych, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2000.
- Ustawa o ustroju ochrony zdrowia*, projekt z 19 lipca 2000, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa lipiec 2000.
- Ustawa o szpitalach, projekt*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa lipiec 2000.
- Ustawa z dnia 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczegółowych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw*, Dz.U. Nr 34, poz. 198, z późniejszymi zmianami.
- Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia*, Dz.U. Nr 54, poz. 342, Warszawa 23 czerwca 1939.

Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa, Dz.U. Nr 106, poz. 668, Warszawa 1998.

Włodarczyk C.W., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998.

Włodarczyk C.W., Poździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

